

Siniestro No. _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
/ / Fecha de Nacimiento	RFC	CURP*
Nacionalidad	País de Nacimiento	# Serie Firma Electrónica Avanzada*
Calle, Avenida o Vía	# Interior – Exterior	Colonia
Ciudad o Población	Delegación o Municipio	Entidad Federativa
C.P.	Teléfono(s)	Correo Electrónico*
Ocupación, profesión o actividad		Especifique ocupación o actividad

Ocupa o ha ocupado en los últimos 2 años algún cargo o función pública? SI _____ NO _____

Especifique cargo _____

Nota: Si el contratante es o ha sido funcionario público destacado, por favor recabe la información correspondiente al anexo A.

Declaro que los datos y documentación proporcionada en este acto son verídicos, otorgándoles copias fotostáticas y autorizándolos para corroborarla cuando así consideren conveniente. Finalmente los autorizo expresamente para utilizar la presente información a Mapfre Tepeyac S.A. así como al resto de las empresas MAPFRE. Declaro que no realizare transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.

Fecha, nombre y firma del Beneficiario

Fecha, cargo, nombre y firma del personal que
recabó la información

Documentos a recabar	Si	No
Identificación Oficial		
Constancia de la CURP*		
Cédula Fiscal*		
Comprobante de inscripción FEA*		
Comprobante de domicilio		

*Cuando cuente con el dato o documento